MAR 25 1921

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Epilepsie bei Kriegsteilnehmern.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät
der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Karl Wolter
aus Niederaussem (Rhld.).

Kiel 1919.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Nr. 20.

Rektoratsjahr 1919/20.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Heine,**

z. Zt. Dekan.

Meiner Mutter!

In dem Kapitel der Kriegs-Neurosen und -Psychosen, die im Verlaufe des Weltkrieges in großer Anzahl beobachtet wurden und für deren Entstehung bezw. Auslösung man anfangs vielfach die Emotionen, Überanstrengungen und Erschöpfungen, die das Kriegsleben mit sich brachte, verantwortlich machte, nimmt die Epilepsie eine nicht unbedeutende Stellung ein. Diese Tatsache muß uns um so auffallender erscheinen, als doch nach den Bestimmungen über die Beurteilung der Diensttauglichkeit und Dienstbrauchbarkeit „nachgewiesene Epilepsie“ die Tauglichkeit zum Heeresdienst ausschließt. Die Bestimmung ist auch im Laufe des Krieges, in dem wegen des sich mit der Zeit bemerkbar machenden Mannschaftsmangels die Verordnungen über die Einstellungsfähigkeit notgedrungen geändert, unter anderem der Begriff der völligen Untauglichkeit zu jedem Dienst stark eingeengt wurde, aufrecht erhalten worden. Stier findet sie im Gegensatz zu Aschaffenburg und Edel, die auf Grund der Tatsache, daß versehentlich eingestellte Epileptiker im Kriege ganz gute Leistungen gezeigt haben, die Bestimmung als zu weitgehend betrachten, vollkommen berechtigt, da man doch immer bedenken müsse, daß bei entwickelter Epilepsie geistige Veränderungen im Sinne der Einbuße an Intelligenz und eine gesteigerte Reizbarkeit so gut wie niemals fehlen, die Krankheit selbst also gewissermaßen als eine bestehende Geisteskrankheit zu werten sei, mit allen daraus sich gegen die Dienstfähigkeit ergebenden Bedenken. Auch wenn Krampf-

anfälle und Dämmerzustände selten auftreten, so können sie doch wegen des unvermuteten und durch nichts zu berechnenden Auftretens schwere Störungen sowohl für den von ihnen Heimgesuchten, wie für seine Umgebung und den Dienst zur Folge haben.

Trotzdem also die Bestimmungen über die Diensttauglichkeit die Einstellung von Epileptikern zum Kriegsdienst nicht zuließen, sind doch im Laufe des Krieges in den Lazaretten eine große Anzahl von Fällen echter Epilepsie bei Kriegsteilnehmern beobachtet worden. Auf Grund dieser Tatsache muß man sich unwillkürlich die Frage vorlegen: Woher kommen denn diese vielen Fälle von Epilepsie im Kriege? Sind entgegen den Einstellungsbestimmungen doch noch Epileptiker eingestellt worden und wie war das möglich, oder sind die Fälle von Epilepsie erst im Verlaufe des Krieges als eine Folge von Schädigungen, die das Kriegsleben mit sich brachte, entstanden und handelt es sich hierbei um eine echte Kriegs-Neurose bezw. -Psychose? Diese Fragen zu beantworten, soll der Zweck der vorliegenden Arbeit sein.

Bevor ich auf die Erörterung der Fragen näher eingehe, sei es mir gestattet, zunächst eine kurze Übersicht über den Begriff und das Wesen der Epilepsie sowie über deren bisher bekannte Entstehungsursachen zu geben.

Unter Epilepsie versteht man nach Binswanger eine ausgesprochene chronische Erkrankung des Zentralnervensystems, die durch die verschiedensten Ursachen hervorgerufen wird. Sie äußert sich durch öfter sich wiederholende Krampfanfälle mit Bewußtlosigkeit oder durch Teilerscheinungen dieser Anfälle oder durch psychopathologische Folge- und Begleitzustände dieser Anfälle. Eine Einteilung dieser verschiedenartigen Anfälle läßt sich nach Binswanger geben, indem man unterscheidet:

1. den vollentwickelten Anfall (Epilepsia gravior, haut mal) mit plötzlich einsetzender Bewußtlosigkeit, initialem all-

gemeinen tonischen Krampf mit nachfolgendem klonischen Krampf;

2. rudimentäre epileptische Anfälle mit Bewußtlosigkeit und einer der beiden Krampfarten, dem tonischen oder klonischen Krampf;

3. abortive Anfälle (Epilepsia mitior, petit mal), bei denen sich entweder eine kurz dauernde Bewußtseinsstörung findet oder ein Krampf auf umschriebenen Muskelpartien. Eine besondere Abart letzterer Form sind die epileptischen Zustände, welche paroxystische Krankheitsäußerungen auf vasomotorischem, sekretorischem oder tropho-neurotischem Gebiet umfassen.

4. Psychisch-epileptische Äquivalente (Epilepsia larvata, psychische Epilepsie), die die akut einsetzenden und rasch verlaufenden Attacken psychischer Störung umfassen, welche durch ganz eigenartige Bewußtseinsstörungen gekennzeichnet sind und an Stelle der oben erwähnten verschiedenartigen epileptischen Krankheitsäußerungen auftreten können.

Auf die nähere Beschreibung dieser einzelnen epileptischen Krankheitsäußerungen einzugehen, würde zu weit führen. Es sei noch erwähnt, daß man zwei Hauptformen der Epilepsie unterscheidet: die symptomatische Epilepsie, die als Symptom eines bestehenden Allgemeinleidens auftritt, und die genuine Epilepsie, die man auf eine angeborene abnorme Disposition des Gehirns für epileptische Anfälle zurückführt. Kraepelin betrachtet sie als Ausdruck einer Keimschädigung oder einer erblichen Entartung des Gehirns, wobei er die Möglichkeit berücksichtigt, daß auch die Epilepsie der Erzeuger zum Teil schon auf einer sich nunmehr vererbenden Keimschädigung beruht. Als Ursache dieser Keimschädigung beschuldigt er in erster Linie den Alkohol, dann die Lues. Als weitere ätiologische Momente werden bedeutende Altersunterschiede der Eltern sowie starke Gemütsbewegung der Mutter während der Schwangerschaft für die Entstehung einer

Epilepsie verantwortlich gemacht. Weiter hat man nach Hirnverletzungen häufig Epilepsie auftreten sehen und dieser Form der Epilepsie danach den besonderen Namen „Epilepsia traumatica“ gegeben. Die Hirnverletzungen können schon bei der Geburt zustandekommen, viel wichtiger und weit zahlreicher sind aber diejenigen des späteren Lebens. Hirnverletzungen hat man im Laufe des Krieges in großer Menge beobachtet und im Anschluß daran vielfach Epilepsie auftreten sehen, weshalb die Epilepsia traumatica eine besondere Stellung unter den Kriegsepilepsien einnimmt. Auf sie werde ich deshalb später noch einmal zurückkommen.

Nach diesem kurzen Überblick über Wesen und Ätiologie der Epilepsie komme ich auf die oben aufgeworfenen Fragen zurück und möchte zunächst die Frage erörtern, wie es möglich war, daß Epileptiker entgegen den Einstellungsbestimmungen zum Kriegsdienst herangezogen wurden.

Die Diagnose Epilepsie allein aus dem körperlichen und psychischen Befund eines Epileptikers im anfallsfreien Stadium zu stellen, ist ein Ding der Unmöglichkeit. Selbst wenn Zungenbisse und Schädelverletzungen im Verein mit den Angaben des zu Untersuchenden auf das Vorhandensein einer Epilepsie mit großer Wahrscheinlichkeit schließen lassen, ist der untersuchende Arzt nicht in der Lage, allein daraufhin schon den Mann vom Heeresdienst zu befreien. Er muß damit rechnen, daß der Betreffende bestehende Schädelverletzungen in Verbindung mit falschen Angaben dazu benutzt, eine Epilepsie vorzutäuschen, um sich der Dienstpflicht zu entziehen. Aus diesem Grunde hat die Militärverwaltung den Nachweis einer Epilepsie nicht lediglich dem Ermessen des beurteilenden Arztes überlassen, sondern sie verlangt außerdem das Zeugnis eines Arztes, der einen epileptischen Anfall selbst beobachtet hat oder Zeugnisse von wenigstens drei glaubwürdigen Zeugen die eine eingehende Schilderung mindestens eines Anfalls nach Art, Zeit und näheren Umständen angeben können. Beim Fehlen derartiger Zeugnisse hat der einstellende Arzt nicht

das Recht, einen Mann wegen Epilepsieverdachts vom Heeresdienst auszuschließen. Hieraus ergibt sich die eine Möglichkeit, daß Epileptiker zum Heeresdienst eingezogen werden können.

Bei der Schilderung des Wesens der Epilepsie haben wir gesehen, daß es Formen dieser Krankheit gibt, die so kurz und so harmlos verlaufen können (man denke hier an die abortiven Anfälle — die Epilepsia mitior — oder die Epilepsia larvata in ihren leichten Formen), daß es, selbst in intelligenten Kreisen, Epileptiker geben kann, die von ihrem Leiden keine Ahnung haben und deshalb bei ihrer Einstellung zum Heeresdienst keine Angaben darüber machen können. Damit wäre die zweite Möglichkeit gegeben, daß ohne Verschulden des die Einstellung bewirkenden Arztes Epileptiker zum Heeresdienst herangezogen werden können.

Schließlich muß man noch bei den Einstellungen zu Kriegsbeginn damit rechnen, daß es bei der damals herrschenden Kriegsbegeisterung gewiß auch Epileptiker gegeben hat, die mit Absicht ihr Leiden verheimlichten, um nicht von der Einberufung zum Kriegsdienst ausgeschlossen zu werden.

Damit wären drei Möglichkeiten angeführt, die die Frage, wie es kam, daß Epileptiker entgegen den Einstellungsbestimmungen zum Kriegsdienst herangezogen wurden, hinreichend erklären.

Im folgenden werde ich eine Reihe von Krankenblättern über Epilepsie bei Kriegsteilnehmern, die wahllos aus dem Material der psychiatrischen und Nervenklinik Kiel herausgegriffen sind, in Auszügen wiedergeben und sie daraufhin prüfen, ob die Epilepsie bei diesen Fällen bereits vor dem Diensteintritt bestanden hat, oder ob sie erst im Laufe des Krieges entstanden ist. Der Hauptwert wird hierbei auf die Vorgeschichten gelegt, da sich aus ihnen am ehesten ersehen läßt, wann das Leiden zuerst in Erscheinung getreten ist, wie es sich äußerte und wie die betreffenden Kranken ihr Leiden aufgefaßt haben.

Fall I.

P. H., Alter 19 Jahre. Bürgerlicher Beruf: Bäcker. Eingezogen am 1. II. 1918 als Landsturmmann.

Vorgeschichte: H. wurde am 5. III. 18, also bereits einen Monat nach seiner Einstellung, im Res.-Laz. R. eingeliefert, weil er angeblich am 4. III. 18 nachts einen Krampfanfall hatte. Am 29. III. wird H. nach der psychiatrischen und Nervenklinik Kiel zwecks Beobachtung verlegt.

Bei der Aufnahme hier gibt H. an, daß er seit 4 Jahren, also seit 1914 an Anfällen leide, die sich verschieden äußern; die einen folgendermaßen: Patient fällt um, ist bewußtlos, es treten Zuckungen am ganzen Körper auf, dabei gewöhnlich Zungenbiß, Zähneknirschen, kein Einnässen. Dauer etwa 10 Minuten bis ½ Stunde. — Andere Formen der Anfälle: Patient bleibt bei Bewußtsein, es treten nur Zuckungen am Körper auf, die nur einige Sekunden dauern. Patient fühlt die Anfälle kommen, z. T. durch Angstgefühl, z. T. durch Frieren. Anfälle kommen immer nachts, am Tage nur nach Schlaf. Nach dem Anfall Kopfschmerzen. Sonst hat Patient sich stets gesund gefühlt. Als Kind ist er von einem 3 m hohen Gerüst herabgestürzt und dabei mit dem Kopf auf einen spitzen Stein aufgeschlagen, hat dabei eine blutende Stelle am Kopf bekommen, ist aber nicht bewußtlos gewesen. 1910 soll als Folge eines Schneeballwurfs gegen das Ohr das linke Trommelfell geplatzt sein; deshalb Operation. Ohr läuft heute noch; es bestehen keine Schmerzen, aber völlige Taubheit. 1914 ist Patient von einem Gesellen auf einen Steinfußboden geworfen worden, wobei er mit dem Kopfe heftig aufschlug. — Seitdem leidet Patient dauernd an Kopfschmerzen.

Aus der Familienanamnese ist zu bemerken, daß die Mutter nervös ist. Von 3 Geschwistern haben 2 in der Jugend an Krämpfen gelitten, die aber im späteren Leben nicht mehr beobachtet wurden.

Der körperliche Befund bei H. bietet außer der Taubheit auf dem linken Ohr nichts Pathologisches.

Psyche: Patient ist sehr still, Denken fällt ihm schwer; geordnetes Verhalten.

Während der klinischen Beobachtung wird ein typischer epileptischer Anfall mit Bewußtlosigkeit, tonischem und klonischem Krampf beobachtet. Darauf folgt D. U.-Meldung. Eine Dienstbeschädigung kommt nicht in Frage, da die Anfälle bereits vor dem Diensteintritt bestanden haben.

Als ätiologisches Moment für die Entstehung des Leidens kommt in diesem Falle aller Wahrscheinlichkeit nach das Trauma, das H. im Jahre 1914 durch Aufschlagen mit dem Schädel auf den Steinfußboden erlitt, in Frage. Dafür sprechen die Kopfschmerzen, die seit der Zeit bestehen. Auch datieren seither die Anfälle. Wenn auch äußerlich am Schädel keine Zeichen für eine Schädelbruchverletzung zu finden sind, so muß doch bei einem so heftigen Aufschlagen des Schädels auf einen harten Steinfußboden mit der Möglichkeit gerechnet werden, daß durch posttraumatische Erscheinungen eine Schädigung des Gehirns zustande kam, auf deren Basis die epileptischen Anfälle beruhen können. Auf die posttraumatischen Erscheinungen, die zur Epilepsie führen können, werde ich weiter unten bei der Erwähnung der traumatischen Epilepsie noch zu sprechen kommen.

Fall II.

A. H., Alter 21 Jahre. Bürgerlicher Beruf: Mechaniker. Eingezogen am 25. I. 18 als Ers.-Res., Matr.

H. wird 3 Wochen nach seiner Einstellung in das Festungslazarett W. eingeliefert, weil er vor kurzem angeblich einen epileptischen Anfall gehabt hat. Bei der Aufnahme zeigt H. sich noch verwirrt, örtlich und zeitlich aber orientiert.

Die Familienanamnese ergibt, daß eine Schwester der Mutter an Epilepsie leidet. Zwischen dem 4. und 8. Lebens-

jahr wurde der Patient von seinem Bruder mit einer Hacke quer über den Kopf geschlagen. An Krampfanfällen will H. seit dem 14. Lebensjahr leiden. Dieselben treten meistens abends auf, dabei Einnässen des Bettes.

Der körperliche Befund weist mit Ausnahme einer quer über den Schädel verlaufenden, leichten Delle, die angeblich von dem Schlag mit der Hacke herrühren soll, keine Besonderheiten auf.

Psychisches Verhalten: Wechselnde Stimmung, meistens ruhiges, geordnetes Verhalten. Während der Lazarettbeobachtung werden verschiedene typische epileptische Anfälle mit Verwirrtheitszuständen beobachtet. H. wird deshalb d. u. gemeldet. D.-B. liegt nicht vor, da bereits vor der Einstellung die Anfälle bestanden haben.

In diesem Falle kommt für die Entstehung des Leidens als ätiologisches Moment die Heredität und das in der Jugend erlittene Kopftrauma in Frage. Auf Grund der Tatsache, daß zwischen dem erlittenen Trauma und dem Auftreten der ersten epileptischen Anfälle eine Reihe von Jahren liegt, möchte ich die Heredität als die wahrscheinlichste Entstehungsursache für die Epilepsie ansehen.

Fall III.

O. L., Alter 19 Jahre. Bürgerlicher Beruf: Schneider. Eingezogen am 15. XI. 17 als Ers.-Res., Musk.

L. kommt am 3. I. 17 ins Res.-Laz. Neumünster wegen Hexenschuß zur Aufnahme, wird von dort nach dem Vereinslazarett Plön verlegt, wo infolge nachts beobachteter Anfälle als Nebenbefund der Verdacht auf „Krampfanfälle“ gestellt wird und L. dann zur Beobachtung auf Krampfanfälle nach der psychiatrischen und Nervenklinik Kiel verlegt wird.

Bei der Aufnahme kann Patient über die Art der Anfälle nichts aussagen, „er wisse nichts davon“. Die Anfälle beständen seit dem 12. Lebensjahre, träten meistens nachts auf; manchmal sei nachher das Bett naß gewesen. Zungen-

bisse werden negiert. Gedächtnisabnahme wird zugegeben. L. gibt an, von seinen Anfällen dem Truppenarzt erst bei seiner Einlieferung ins Lazarett gesprochen zu haben, da ihn erst seine Kameraden darauf aufmerksam gemacht hätten.

Frühere Krankheiten: Als Kind mit 13 Jahren Lungenentzündung, sonst nie ernstlich krank.

Der Vater soll in einer Irrenanstalt gestorben sein. Ursache unbekannt.

Körperlicher Befund: Auf linker Stirnseite eine 1 cm lange, alte Narbe (Verletzung in der Jugend), leichte Skoliose der Wirbelsäule. Sonst o. B.

Psyche: schwerfällig, beschränkt, jedoch ohne Defekte.

Im Verlauf der klinischen Behandlung werden mehrere typische epileptische Anfälle beobachtet. Darauf D.-U.-Meldung. D.-B. liegt nicht vor, da die Anfälle schon früher bestanden haben.

Der Umstand, daß der Vater des Patienten in einer Anstalt gestorben ist, legt den Verdacht der erblichen Belastung nahe und muß in diesem Falle als ätiologisches Moment für die Entstehung der Epilepsie in Betracht gezogen werden.

Fall IV.

C. K., Alter 24 Jahre. Bürgerlicher Beruf: Mechaniker. Eingezogen am 1. X. 16. als Ers.-Res., Heizer d. Res.

Vorgeschichte: K. hat 1910—13 aktiv gedient. Keine Strafen. Nachher hat er in Göttingen als Feinmechaniker gearbeitet. Am 1. VIII. 14 wieder zur Marine einberufen, machte er Ende August das Gefecht der „Ariadne“ mit, mußte beim Untergang des Schiffes ins Wasser springen, in dem er eine halbe Stunde schwamm, bevor er aufgefischt wurde. Nachher wurde er nach Wilhelmshaven gebracht und bei der Kompagnie untergebracht. Von dort wird er abends ins Lazarett eingeliefert, weil er im Bett angeblich Krampfanfälle bekommen hat. Patient wacht erst am nächsten Morgen

im Lazarett auf, weiß nicht, wie und weshalb er hierher gekommen ist.

Aus der Familienanamnese ist zu bemerken, daß der Vater angeblich an heftigen Hustenanfällen leidet, nach denen er bewußtlos umfalle. Sonst keine Besonderheiten. Patient selbst nie ernstlich krank. Vom Vater habe er gehört, daß er (Patient) nachts manchmal an Krämpfen leide, wobei er aufschreit. Zuerst seien diese Krämpfe Anfang 1914 aufgetreten. Er selbst wisse nichts davon. Nie Bettnässen, kein Zungenbiß. In der Schule will K. immer gut gelernt haben.

Körperlicher Befund o. B. Psychisches Verhalten ruhig und geordnet.

Im Lazarett Wilhelmshaven wird ein echter epileptischer Anfall beobachtet, weshalb D.-U.-Meldung erfolgt. Nach einer längeren Behandlung in der psychiatrischen und Nervenklinik Kiel, wo keine Anfälle mehr beobachtet werden, wird K. am 6. XI. 14 d. u. entlassen. Keine D.-B., da die Anfälle bereits im Zivilleben bestanden haben.

In diesem Falle bietet die Vorgeschichte für die Entstehung der Epilepsie keinerlei Anhaltspunkte, falls man nicht auf Grund der heftigen Hustenanfälle mit nachfolgender Bewußtlosigkeit des Vaters eine erbliche Belastung annehmen will.

Fall V.

A. M., Alter 30 Jahre. Bürgerlicher Beruf: Kassierer. Eingezogen am 26. XII. 15 als Ob.-Matr. S. I.

M. wird am 18. I. 16 wegen Beklemmungsgefühl auf der Brust und nächtlicher Krämpfe im Lazarett Kiel-Wik aufgenommen.

Familienanamnese: o. B. Patient ist seit 3 Jahren verheiratet, hat 2 Kinder, eines ist an Krämpfen gestorben.

Patient selbst früher nie ernstlich krank, hat 1906—09 aktiv gedient. Nach der Dienstzeit sind wiederholt Schwindelanfälle bei ihm aufgetreten, namentlich nach Aufregungen.

Die Krämpfe schildert er folgendermaßen: Er werde plötzlich besinnungslos und bekomme Krämpfe, die manchmal nur kurz, manchmal stundenlang anhielten. Kein Vorgefühl der Krämpfe. Öfter Zungenbiß, Einnässen und Verletzungen bei den Anfällen. Auch sollen Zuckungen dabei auftreten. Er selbst wisse nichts von den Krämpfen, seien ihm so von anderen geschildert worden. Nach den Krämpfen Schlaf; beim Erwachen danach häufig Kopfschmerzen.

Körperlicher Befund: Schmerzempfindung an den Beinen herabgesetzt, am rechten Zungenrand 2 Bißnarben, sonst k. B.

Psychisches Verhalten: M. zeigt während der Lazarettbehandlung in Kiel-Wik ein ungeordnetes, negativistisches Verhalten, verweigert Nahrungsaufnahme, halluziniert. Dies geschieht vielleicht nur, um Geisteskrankheit vorzutäuschen und um so eher entlassen zu werden. In der Nervenklinik Kiel, wohin er nachher verlegt wird, zeigt M. geordnetes Wesen, verlangt nur bald entlassen zu werden. Während der Lazarettbeobachtung werden verschiedene epileptische Anfälle mit Zungenbiß, Einnässen, Schaum vor dem Munde, Zuckungen beobachtet, weshalb M. d. u. gemeldet und entlassen wird. Keine D.-B., da das Leiden bereits im Zivilleben bestand.

Hier keinerlei Anhaltspunkte, die für eine Entstehungsursache der Krankheit sprechen könnten.

Fall VI.

A. K., Alter 30 Jahre. Bürgerlicher Beruf: Tuchmacher. Eingezogen am 7. XI. 16 als Landst.-Arm.-Soldat.

K. wird vom Truppenarzt zur Beobachtung auf Krämpfe ins Lazarett geschickt. Bei der Aufnahme gibt er an, seit seinem Diensteintritt im November 1916 schon mehrere Anfälle gehabt zu haben. An diesen Anfällen leide er seit 10 Jahren. Beschrieben werden sie von ihm folgendermaßen: Erst Kopfschmerzen, dann Schwindel, wobei sich alles vor seinen Augen umdrehe, danach falle er um, sei bewußtlos. Nach dem An-

fall fühle er sich matt. Zungenbisse, Bettnässe, Zuckungen werden negiert. Zweimal habe er bei den Anfällen Verletzungen davongetragen. Die Anfälle stellten sich gewöhnlich morgens ein, vielfach nach Aufregungen, aber auch ohne äußeren Anlaß.

Familienanamnese: Vater mäßiger Trinker, Mutter und eine Schwester leiden an denselben Anfällen. Er selbst sei nie ernstlich krank gewesen, habe als Kind keine Krämpfe gehabt. Auf der Schule habe er mittelmäßig gelernt, sei aber immer mitgekommen. Nach Schulentlassung Landarbeiter, dann Tuchmacher. K. hat 1909 aktiv gedient, bekam die ersten Anfälle während der Dienstzeit, wurde dann als d. u. entlassen. Im Verlauf des Krieges Nov. 1916 wurde K. als Armierungssoldat wieder eingezogen.

Körperlicher Befund: Leichte Druckempfindlichkeit der Stirn rechts, sonst o. B.

Psychisch: Ruhiges, geordnetes Wesen.

Während der Lazarettbehandlung wurden verschiedene epileptische Anfälle beobachtet, weshalb K. d. u. gemeldet und nach einer längeren Brom- und Luminalkur in der Nervenklinik d. u. entlassen wurde. D.-B. wird verneint, da das Leiden schon seit 10 Jahren besteht.

Als ätiologisches Moment kommt in diesem Falle neben der Trunksucht des Vaters die erbliche Belastung mütterlicherseits für die Entstehung der Epilepsie in Frage.

Fall VII.

W. V., Alter 17 Jahre. Bürgerlicher Beruf: Fischer. Eingezogen am 1. II. 17 als Ers.-Res., Matr.

Vorgeschichte: V. kommt am 17. XII. 15 zur Aufnahme in die Nervenabteilung des Laz. Kiel-Wik, weil er im Glied beim Kommando „stillgestanden“ hingefallen ist. Auf Befragen gibt V. an: 1912 sei er ca. 3 Monate in der Charité Berlin in Behandlung gewesen, sei damals auf der Straße umgefallen. Zu Hause sei es öfter vorgekommen, daß er umgefallen sei, es sei ihm dann vorher meist schwarz vor

den Augen geworden. Nachher habe er 3 Tage zu Bett gelegen. Kein Zungenbiß, kein Einnässen dabei. Von Krämpfen wisse er nichts. Die Anfälle seien meistens nach Ärger aufgetreten. In der Schule habe er nur mäßig gelernt, sei später zu Hause gewesen. November 1914 als Kriegsfreiwilliger bei der Armee eingetreten, sei er schon nach kurzer Zeit wieder fortgeschickt worden, weil er einmal „umgefallen" sei. Ein Jahr später, jetzt vor eineinhalb Monaten, sei er zur Matr.-Div. eingezogen worden.

Familienanamnese o. B.

Körperlicher Befund: Am linken Zungenrand zwei kleine bißverdächtige Stellen; sonst o. B.

Psychisches Verhalten: Patient macht einen etwas schwerbesinnlichen Eindruck, persönlich und örtlich orientiert, zeitlich nicht. Rechnet schlecht. Unruhiger Schlaf.

Während der Lazarettbeobachtung werden verschiedene Anfälle mit Bewußtlosigkeit, Pupillenstarre und schüttelfrostartigen Zuckungen beobachtet, die etwa 15 Minuten dauern. Nachher klagt V. über Kopfschmerzen. Einmal springt er nachts aus dem Fenster und läuft in Unterhose und Hemd im Garten herum, stößt beim Einholen laute Schreie aus. Am 13. XI. 1916 wird V. wegen Epilepsie d. u. gemeldet; dann wird er zur Behandlung nach der Nervenklinik Kiel verlegt. Hier werden keine Anfälle mehr beobachtet.

D.-B. wird verneint, da die Anfälle schon vor dem Diensteintritt bestanden haben.

Bezüglich der Ätiologie läßt uns die Vorgeschichte in diesem Fall für die Entstehung des Leidens vollkommen im Unklaren. Ebenso gibt der körperliche Befund uns keinerlei Anhaltspunkte, die für eine traumatische Entstehungsursache sprechen könnten.

Fall VIII.

Ch. H., Alter 21 Jahre. Bürgerlicher Beruf: Landmann. Eingezogen am 11. X. 1917 als Ers.-Res., Fahrer.

H. kommt am 29. X. 1917 zur Beobachtung auf Krämpfe im Res.-Laz. Rendsburg zur Aufnahme. Von dort wird er am 25. XI. 17 der Nervenklinik Kiel zur Behandlung überwiesen, nachdem in R. ein epileptischer Anfall beobachtet worden war.

Vorgeschichte: Vater magenleidend, Mutter an u. U. gestorben, zwei Geschwister, 1 Bruder und eine Schwester im Alter von 23 und 17 Jahren leiden an Krämpfen. Bei diesen Krampfanfällen fällt der Bruder nicht um, er zittert, kann nicht sprechen, versteht aber alles. Erster Anfall mit 14 Jahren. Die Schwester fällt beim Anfall um, hat Schaum vor dem Mund. Patient selbst hat im 11. Lebensjahr Scharlach gehabt, war damals $^3/_4$ Jahre im Krankenhaus Rothenburg und will dort zwölf Krankheiten durchgemacht haben, unter anderem Rippenfellentzündung, Nierenentzündung und Herzkrankheit. Seit dem 12. Lebensjahr leidet er an Krämpfen. Vor den Anfällen habe er keine Beschwerden, er falle plötzlich um, sei bewußtlos. In den ersten vier Jahren habe er nur drei Anfälle gehabt, die ohne Zuckungen verlaufen seien. nachher seien dieselben häufiger, jetzt mit Zuckungen aufgetreten. In der Nacht vor den Anfällen schlechter Schlaf, nach den Anfällen Kopfschmerzen, Müdigkeit. Vor den Anfällen in letzter Zeit Schwindelgefühl, es werde ihm schwarz vor den Augen. Zungenbiß, Einnässen, Verletzungen werden negiert. Dauer des Anfalls 5—10 Minuten, danach laufe er umher, sei nicht ordentlich bei Verstand, mache Dummheiten. Nach einer halben Stunde sei er wieder klar, könne wieder arbeiten. Außer diesen großen Anfällen mit Umfallen, Bewußtlosigkeit, Zuckungen, leide er noch an Anfällen, bei denen er mit den Händen zucke, nicht ganz bei sich sei, rot werde, beim Sprechen mitten im Satz abbrechen müsse. Dies dauere nur einen Augenblick, komme jeden Tag ein paarmal vor. Das Gedächtnis sei schwach, auf der Schule habe er schwer gelernt. Schriftliche Arbeiten habe er gut

verrichten können. Wegen der Anfälle habe er nicht aktiv gedient, sei immer zurückgesetzt worden.

Der körperliche Befund bietet nichts Auffälliges.

Psychisches Verhalten: Während der klinischen Beobachtung zeigt H. ein ordentliches und zufriedenes Wesen. Während des Aufenthaltes in der Klinik werden verschiedene von den oben beschriebenen kleinen Anfällen beobachtet.

Diagnose: Epilepsie. D.-U.-Meldung und Entlassung am 31. I. 1917. D.-B. liegt nicht vor, da die Anfälle schon seit dem 12. Lebensjahr bestehen.

Bezüglich der Ätiologie läßt sich bei H. wohl schwere erhebliche Belastung annehmen, da außer ihm noch die beiden Geschwister an Krampfanfällen leiden.

Fall IX.

I. J., Alter 48 Jahre. Bürgerlicher Beruf: Kaufmann. Eingezogen am 11. IX. 1917 als Wehrmann.

J. wird am 21. I. 1918 in die Nervenklinik Kiel überwiesen, nachdem er vorher schon mehrere Monate im Res.-Laz. Rendsburg und in der med. Klinik wegen Krämpfen beobachtet worden ist.

Familienanamnese: o. B.

Frühere Krankheiten: Seit dem 16. Lebensjahre will Patient angeblich an Herzkrämpfen leiden. 1899 Lues, Behandlung: Schmierkur. Über die Art seiner Krämpfe befragt, gibt er folgendes an: Zuerst verspüre er ein Zucken und Zusammenziehen in der Magengegend, dieses gehe mit blitzartigem Ruck in die Brust. Bei diesen leichten Anfällen bleibe es häufig. Meistens steige das Zucken aber von der Brust nach dem Kopf. Jetzt merke er, daß er besinnungslos werde und müsse sich schnell hinlegen. Zuckungen will er dabei nicht haben, dagegen beschleunigten Puls; keine Zungenbisse, kein Einnässen. Nach einiger Zeit komme er wieder zur Besinnung, worauf er dann meist weitergehen und auch arbeiten könne. Angenehm empfinde er es, wenn er eine

Stunde ruhen könne. Seit dem 13. Okt. 1917 habe er drei Anfälle gehabt. Letztere bemerke er dann, wenn er die Besinnung wiedererlange, stöhne dann. Manchmal habe er mehrere Anfälle in der Nacht.

Wegen der Anfälle sei er schon mehrfach in ärztlicher Behandlung gewesen, trotz verschiedener Kuren, unter anderen Arsenkur, Elektrizität, keine Besserung.

Körperliche Untersuchung ergibt: Leichte Schwellung der Leisten- und Cubitaldrüsen beiderseits. Deutliche, temporale Abblassung der Papillen, die vom Augenspezialisten auf Lues zurückgeführt wird. Sonst innere Organe und Nervensystem in Ordnung.

Psyche: Etwas mißtrauisch, sonst geordnetes Benehmen, manchmal deprimierte Stimmung.

Während der klinischen Behandlung wird ein Anfall beobachtet, der folgendermaßen geschildert wird: Patient saß auf der Bettkante, stürzte mit einem leichten Aufstöhnen zu Boden. Keine Zuckungen am Körper, Pupillen reagierten; Gesichtsfarbe blaß; kein Einnässen, kein Schaum vor dem Munde; Puls sehr klein, kaum zu fühlen. Nach einer Minute Puls langsam (54), unregelmäßig. Patient reagierte nicht auf Anruf während des Anfalls. Dauer etwa 2 Minuten. Nachher keine Beschwerden, schlief in der Nacht gut.

Diagnose: Vasomotor. epileptiforme Anfälle. Patient wird d. u. entlassen; da die Anfälle bereits vor dem Diensteintritt vorhanden waren, keine D.-B.

Die Anamnese gibt in diesem Falle über die Ätiologie keinerlei Aufschluß; die überstandene Lues kommt als ätiologisches Moment nicht in Frage, da Patient bereits 14 Jahre vor der luetischen Infektion an den Anfällen litt. Für das Vorliegen einer traumatischen Epilepsie sind gleichfalls keine Anhaltspunkte gegeben.

Fall X.

Fr. B., Alter 23 Jahre. Bürgerlicher Beruf: Glaser.

Vorgeschichte: B. ist am 1. I. 1912 als 4jährig-Freiwilliger bei der Marine eingetreten. Er kommt am 2. XI. 1914 zur Aufnahme in das Marine-Lazarett Kiel-Wik, weil er nachmittags mit seinem Kommandeur eine Auseinandersetzung gehabt und Gegenrede geführt hat. B. soll deshalb wohl beobachtet werden. Bei der Aufnahme weiß er angeblich nicht mehr, daß der Kommandeur mit ihm gesprochen hat, nur noch, daß der Feldwebel ihn gefragt, ob er krank sei. B. gibt an, daß es ihm manchmal schwindlich werde, daß er Sausen im Kopf verspüre. Wenn Leute an ihm vorübergingen, denke er, das gehe dort nur, um ihn zu ärgern. Bei der Vereidigung (1912) sei ihm schwindlig geworden, er habe gehalten werden müssen. Wegen des Schwindels sei er häufig im Revier gewesen.

Familienanamnestisch ist zu bemerken, daß der Vater Trinker ist. Patient selbst ist nie ernstlich krank gewesen, kein Alkoholmißbrauch, da er wenig vertrage. Nie geschlechtskrank.

Körperlich und psychisch wird während der Beobachtung nichts Pathologisches festgestellt.

Im Verlauf der Beobachtung verhält Patient sich geordnet, klagt wiederholt über Kopfschmerzen, schlechten Schlaf und Blutandrang nach dem Kopf. Es wird ein Anfall (epilept. petit mal Anfall) beobachtet. Patient stand plötzlich vom Schachspiel auf, ging unter unverständlichem Gemurmel an sein Bett, „quatschte“ einen Maaten an, ging dann wieder ans Bett, wollte Wasser trinken und war dann wieder vernünftig, spielte weiter, wußte nichts mehr davon. Einige Tage später wurde ein typischer Anfall beobachtet, worauf er wegen Epilepsie d. u. gemeldet und bald entlassen wurde.

August 1916 erscheint B. nochmals in der Nervenklinik Kiel. Er wurde von der chirurgischen Klinik, wo er wegen einer ganz kleinen Quetschwunde auf dem Kopf in Behandlung war, in die Nervenklinik verlegt, weil er augenscheinlich an epileptischen Anfällen leide.

Seit der Entlassung vom Militär ist er nach Angaben der Mutter anfallsweise verwirrt, phantasiert etwa 10 Minuten, sagt z. B. plötzlich: „Herrgott, der Zug ist ja weg, der Zug ist ja weg", läuft dann heraus und rennt sinnlos umher. Vereinzelt sei es dabei auch vorgekommen, daß er jemanden angegriffen habe, seinen Meister, seinen Vater. Auch sonst soll B. sehr leicht erregt sein. Keine Krampfanfälle.

Außer einem feinschlägigen Tremor manuum bietet auch jetzt der körperliche und psychische Befund nichts Krankhaftes. Anfälle werden während des 18tägigen Aufenthaltes in der Klinik nicht beobachtet. Patient ist oft gereizt, streitsüchtig, sonst geordnet. Er wird mit der Diagnose Epilepsie entlassen.

Am 19. Januar 1918 wird Patient zum 3. Male in die Nervenklinik aufgenommen. Diesmal wird er hergebracht, weil er tags vorher Anfälle gehabt haben soll. Derartige Anfälle bekomme er jetzt öfter. Sie äußern sich durch Zuckungen am ganzen Körper, dabei fällt er angeblich nicht um. Meistens sollen dieselben im Bett beim Schlafen auftreten. Bei dem gestrigen Anfall soll Patient bewußtlos gewesen sein. Zungenbisse, Einnässen werden negiert. Patient sagt aus, daß er seit seiner Entlassung vom Militär ab und zu Anfälle gehabt habe, doch wisse er gewöhnlich nichts davon, andere Leute erzählten ihm davon. Nach einem Sturz von der Leiter habe er gestern erst 3 schwere Anfälle gehabt. Er fiel auf die Seite und war einen Augenblick bewußtlos. Bei der Aufnahme in die Klinik hat er noch Schmerzen unter dem linken Rippenbogen. Patient glaubt, daß die Anfälle gestern infolge des Unfalls besonders schlimm gewesen seien. Patient klagt häufig über Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit.

Körperlicher und psychischer Befund wie oben. Auch diesmal werden bei dem Patienten während der kurzen klinischen Beobachtung keine Anfälle beobachtet und B. wird mit der Diagnose Epilepsie (?) entlassen.

Bei B. ließe sich als ätiologisches Moment für die Entstehung des Leidens die Trunksucht des Vaters heranziehen.

Fall XI.

H. D., Alter 29 Jahre. Bürgerlicher Beruf: Nieter. Eingezogen am 2. VIII. 14 als Res.-Ob.-Heizer.

D. wird am 8. X. 17 im Festungslazarett Wilhelmshaven aufgenommen, weil er nach einer Meldung des Truppenteils an Nachtwandeln leidet und dabei Wutanfälle bekommt.

Vorgeschichte: Vater lebt, ist gesund, neigt zu Jähzorn, keine Krämpfe. Mutter hat 2 Jahre in der Irrenanstalt Düren verlebt, Ursache unbekannt. 6 Geschwister sind gesund.

Patient selbst ist nie ernstlich krank gewesen. Als Kind jähzornig, unruhiger Schlaf, Nachtwandeln. In der Schule will D. gut gelernt, nachher zur Zufriedenheit in der Landwirtschaft gearbeitet haben. Ist aber nachts häufig fortgelaufen. Später will Patient zur Zufriedenheit in der Fabrik gearbeitet haben. Von 1908—10 hat D. aktiv gedient bei der Infanterie, wurde in der Zeit wegen unerlaubter Entfernung mit 6 Monaten Gefängnis bestraft, glaubt diese Entfernung im kranken Zustand, „Verwirrtheit", begangen zu haben. Danach gute Führung, keine Strafen mehr. Nach der Militärdienstzeit hat D. zunächst in einer Fabrik gearbeitet, ist dann zur See gefahren. Gute Zeugnisse, guter Verdienst. Bei der Mobilmachung 1914 wurde D. zur Marine eingezogen, erhielt zunächst ein Bordkommando, nachher wurde er auf der Werft als Nieter beschäftigt. Seit Frühjahr 1917 sollen, vermutlich durch das starke Geräusch des Nietens hervorgerufen, Verschlimmerung des Nachtwandelns, unruhiger Schlaf und Wutanfälle aufgetreten sein.

Körperlicher Befund o. B.

Psyche: Ruhiges, geordnetes Verhalten, manchmal gedrückter Stimmung.

Während der Lazarettbeobachtung vom 8. X. bis 28. X. werden verschiedene Erregungszustände nachts beobachtet.

Patient springt nachts plötzlich aus dem Bett, erfaßt einen Gegenstand und zertrümmert damit ihm erreichbare Gegenstände. Dabei außerordentliche Kraftentfaltung, scheint bewußlos zu handeln. Nach dem Anfall schlaffes Zusammensinken. Subjektiv Amnesie.

Diagnose: Epilepsie.

D. wird d. u. gemeldet und nach einer längeren Behandlung in der Nervenklinik Kiel entlassen. In der Klinik werden keine Anfälle mehr beobachtet. D.-B. wird nicht angenommen, da die Verwirrtheitszustände schon in der Jugend bestanden haben.

Bemerkenswert bei diesem Falle ist der Umstand, daß D. aktiv gedient hat und während der Zeit sein Leiden nicht so in Erscheinung getreten ist, daß es bemerkt worden wäre. Ärztlicherseits muß zugegeben werden, daß die unerlaubte Entfernung vom Truppenteil während der aktiven Dienstzeit wahrscheinlich in einem epileptischen Verwirrtheitszustand erfolgt ist. Die Bestrafung des Mannes wäre dann zu Unrecht erfolgt, da ihm in diesem Falle der Schutz des § 51 R.Str.G.B. hätte zugebilligt werden müssen.

Suchen wir bei D. nach einer Ursache für die Entstehung des Leidens, so muß der Umstand, daß seine Mutter 2 Jahre in einer Irrenanstalt gelebt hat, uns zu denken geben und wir haben vielleicht nicht unrecht, wenn wir als ätiologisches Moment die Heredität in Betracht ziehen.

Fall XII.

W. D., Alter 23 Jahre. Bürgerlicher Beruf: Schlosser. Eingezogen am 10. I. 15 als Ers.-Res., Heizer.

D. wurde am 23. VII. 15 von Bord in das Lazarett Kiel-Wik eingeliefert, weil er seinen Vorgesetzten durch sein eigentümliches Benehmen auffiel.

Vorgeschichte: Großeltern mütterlicherseits miteinander verwandt. Mutter nervenkrank, Vater starker Trinker. Patient

selbst seit Kindheit leicht aufgeregt, schlechter Schüler. 1910 Tripper, kein Trinker, mäßiger Raucher.

Körperlicher Befund o. B.

Psyche: Während der Lazarettbeobachtung in Kiel-Wik zeigt D. ein sehr auffälliges Wesen, mußte nach dem Sonderhause verlegt werden, da er sich mit seinen Kameraden nicht vertrug; äußerte stets die sonderbarsten Anliegen und benahm sich sehr auffallend. Bald ist er ruhig, bald stark erregt und glaubt sich von seinen Kameraden verfolgt. Er sprach mitunter ganz verworren. Patient hat selbst die Empfindung, daß es mit ihm nicht ganz in Ordnung sei, bat deshalb, allein gelegt zu werden, da er im Kreise seiner Kameraden mißtrauisch und aufgeregt sei. Er schreibt unzusammenhängende Briefe. In einem Erregungszustand zertrümmert er das Inventar seiner Zelle.

Am 16. VIII. 15 wurde D. in die psychiatrische und Nervenklinik Kiel verlegt. Bei der Aufnahme ist D. leicht erregt, schimpft. Persönlich und örtlich orientiert, zeitlich ungenau. Auf Befragen erzählt er, er sei von Jugend auf sehr nervenschwach gewesen; die Mutter habe getrunken; die Großeltern mütterlicherseits seien miteinander verwandt gewesen. Er selbst fühle sich zurzeit ganz gesund. Auf S. M. S. Hessen habe er Urlaub beantragt, denselben aber nicht erhalten. Hierüber habe er sich aufgeregt, habe dann auch Streit mit seinem Vorgesetzten gehabt. Krank sei er verschiedene Male gewesen, einmal wegen Neurasthenie in Cuxhaven. Er habe sich selbst verschiedentlich wegen Übermüdung krank gemeldet. Mit seinen Kameraden habe er eigentlich immer in Feindschaft gelebt, sei auch immer mißtrauisch gewesen. D. gibt zu, im Lazarett Kiel-Wik allerhand Sachen zerschlagen zu haben, er habe dies aus Wut getan, die Wut sei ganz aus ihm selbst herausgekommen. Gereizt habe ihn niemand, er habe Heimweh gehabt. Auf der Schule will D. gut gelernt haben. Nach der Schulentlassung sei er Schlosser geworden. Die Gesellenprüfung habe

er im praktischen Teil mit „sehr gut“ bestanden und im theoretischen Teile mit „gut“, später habe er sich selbst weiter ausgebildet als Kunstschlosser, habe auch Kupferstechen gelernt.

Krämpfe habe er nie gehabt, er habe sich aber manchmal stark geärgert, darauf sei es ihm schwarz vor den Augen geworden, er sei umgefallen und darauf eingeschlafen. Er sei manchmal aufgewacht und die Zunge habe ihm geschmerzt. Als Kind habe er oft eingenäßt, mitunter komme dies auch jetzt noch vor, zuletzt erst gestern im Lazarett.

Der körperliche Befund ist normal.

Psyche: Im Verlaufe der klinischen Beobachtung verhält sich Patient sehr verschieden, oft sehr ruhig, dann wieder aufgeregt, wobei er einmal die Fenster seiner Zelle auslöst. Nach dem Beweggrunde gefragt, gibt er an, er müsse das tun, wenn er eingesperrt sei. Es wird bei D. bald ein Schwindelanfall beobachtet. Patient sieht im Anfall sehr blaß aus. Puls langsam, aber nicht kräftig. D. fällt um, verliert aber nicht das Bewußtsein und gibt auf Fragen geordnete Antworten, ist örtlich und zeitlich gut orientiert, erholt sich erst nach 10 Minuten allmählich. Pupillen sehr weit, reagieren. Auf Befragen gibt Patient an, daß er solchen Anfall zuerst im Oktober 1913 gehabt habe. Derselbe habe sich später mehrfach wiederholt, ca. 10—15 mal. Er habe sich immer selbst hingelegt. Es sei ihm immer schwarz vor den Augen dabei gewesen. Einige Male sei er auch, nachdem er sich hingelegt habe, bewußtlos geworden, er wußte nachher nicht mehr, daß er sich hingelegt hatte. Bettnässen sei auch einmal dabei vorgekommen, einige Male auch Zuckungen, letztere aber nur nach Aufregungen.

Die Diagnose lautet: Epilepsie mit Verwirrtheitszuständen. Im Lazarett, wo kein Anfall beobachtet worden war, hatte sie auf Schizzophrenie gelautet. Patient wird d. u. entlassen.

Dieser Fall ist ein schlagender Beweis dafür, daß es Epileptiker geben kann, die von ihrem Leiden keine Ahnung haben. Richtige Krampfanfälle sind bei dem Patienten nie beobachtet worden und die Schwindelanfälle sind von ihm und seiner Umgebung wohl auf ganz andere Umstände zurückgeführt und nicht weiter beachtet worden.

Auch in diesem Falle haben sich die ersten Anfälle lange vor Kriegsausbruch gezeigt. Die Angaben des Patienten, daß er als Kind nervenschwach gewesen sei und daß er nachts häufig eingenäßt habe, lassen darauf schließen, daß schon in der Kindheit rudimentäre Anfälle vorgekommen sind. Vielleicht ist in der Trunksucht der Mutter die Ätiologie für das Leiden zu suchen.

Fall XIII.

J. G., Alter 24 Jahre. Bürgerlicher Beruf: Arbeiter. Eingezogen am 2. X. 1912 als Ers.-Res., Matr.

Vorgeschichte: G. wird am 27. VIII. 15 von Bord S. M. S. Thüringen dem Festungslazarett Wilhelmshaven überwiesen. Grund der Überweisung: Selbstmordversuch, Erregtheit, widerstrebendes Benehmen. G. war seinen Kameraden immer dadurch aufgefallen, daß er sich von ihnen abschloß. Am 27. VIII. 15 hatte G. über Kopfschmerzen geklagt, ging deshalb ins Schiffslazarett, wurde dort behandelt, machte dann Dienst. Beim Mittagessen wurde er vermißt. Man fand ihn in einem Hängemattskasten mit einer Schnittwunde quer über das linke volare Handgelenk. Er verhielt sich vollkommen ablehnend. Suizidversuch wird geleugnet. Vom Festungslazarett Wilhelmshaven erfolgt die Überweisung in die psychiatrische und Nervenklinik Kiel.

Über die Vorgänge an Bord befragt, gibt G. an, er wisse nicht, woher er die Verletzung habe, wisse auch nicht, wie er in den Hängemattskasten gekommen sei. Er sei manchmal nicht gesund, habe Kopfschmerzen. Manchmal könne er nicht sprechen, sei aufgeregt.

Familienanamnese: Eine Schwester ist ein Jahr lang in einer Anstalt in Regensburg gewesen, hat immer über Kopfschmerzen und Schwindel geklagt, sei leicht erregbar.

Patient selbst gibt an, manchmal an Schwindelanfällen zu leiden, manchmal auch an Anfällen, bei denen es ihm schwarz vor den Augen werde; er merke dies immer vorher, es werde ihm dann eisig kalt auf der Stirn. Bei den Anfällen kommt Einnässen vor, auch nachts häufig Einnässen. Bis zum 14. Lebensjahr habe er regelmäßig nachts eingenäßt. Zungenbisse werden negiert.

Körperlicher Befund: Herabsetzung der Schmerzempfindung, Schnittwunde über dem volaren Handgelenk, sonst o. B.

Psychisches Verhalten: Mürrisches, mißtrauisches Benehmen, manchmal erregt; örtlich orientiert, zeitlich nicht. Rechnen mangelhaft, verwechselt die einfachsten Begriffe, mangelhafte Heimatkunde.

Diagnose: Imbezillität mit Epilepsie.

G. wird d. u. entlassen.

Man darf annehmen, daß in diesem Falle die mit der Epilepsie verbundene Imbezillität den Anlaß dazu gegeben hat, daß das auffällige Wesen bei G. nicht sonderlich beachtet wurde und die schon lange geklagten Beschwerden keinen rechten Glauben fanden. Erst durch genaue Aufnahme der Anamnese war es hier möglich, die Diagnose Epilepsie zu stellen. Der Umstand, daß auch eine Schwester des G. ein Jahr in einer Anstalt zugebracht hat, läßt als Entstehungsursache Heredität als wahrscheinlich gelten.

Die Durchsicht der angeführten 13 Fälle hat ergeben, daß durch die genaue Anamnese in jedem Falle nachgewiesen werden konnte, daß epileptische Anfälle bezw. epileptische Verwirrtheitszustände bereits vor dem Feldzuge bestanden haben. Daß diese Epileptiker trotz der sie zum Militärdienst untauglich machenden Krankheit eingestellt wurden, erklärt sich aus den besonderen Verhältnissen der einzelnen Fälle.

In keinem der Fälle gab der körperliche Befund irgend einen Anhaltspunkt für das Leiden. In 5 Fällen ergab die Anamnese, daß die Befallenen ihre Krankheit nicht besonders beachtet hatten und sie deshalb bei der Einstellung auch wahrscheinlich nichts davon vorgebracht hatten. Bei diesen handelt es sich dreimal um Patienten, bei denen die Anfälle nur nachts auftreten, zweimal um kleine Anfälle. Bei einem der Patienten sind die Anfälle erst nach der aktiven Dienstzeit aufgetreten. Einer wurde wegen Epilepsie während der aktiven Dienstzeit entlassen, ist im Laufe des Krieges als Armierungssoldat aber wieder eingestellt worden. Vielleicht hat in diesem Falle der einstellende Arzt die Ansicht vertreten, daß ein Epileptiker als Armierungssoldat noch gut zu verwenden sei. 5 Patienten waren über die Art ihres Leidens überhaupt nicht unterrichtet. Hier handelt es sich meist um kleine Anfälle, bei denen kurz dauernde psychische Störungen in den Vordergrund der Erscheinungen traten. Bei einem dieser Fälle (Fall IX), wo es sich um vasomotorisch-epileptiforme Anfälle handelte, war der Pat. selbst von den ihn behandelnden Ärzten über die Natur seines Leidens nicht aufgeklärt worden. Im letzten Fall (Fall XIII) ist bereits am Schluß des Krankenblattauszuges Näheres über die Art der Krankheit und den Umstand, daß dieselbe erst so spät erkannt wurde, mitgeteilt worden.

Mit Ausnahme eines einzigen Falles (Fall IV) sind bei allen Patienten die Anfälle vor ihrer Frontdienstzeit bemerkt und die Betreffenden ins Lazarett eingeliefert worden, wo ihr Leiden bald erkannt und sie daraufhin d. u. entlassen wurden. Bei dem Patienten in Fall IV hat die Anamnese ergeben, daß bereits früher Anfälle vorgekommen sind. Dieselben traten sehr selten und nur nachts auf. Pat. ist hierüber durch seinen Vater unterrichtet worden. In der Pathogenese der Epilepsie ist es eine bekannte Tatsache, daß durch starke psychische Erregungen und körperliche Überanstrengungen bei Epileptikern epileptische Anfälle ausgelöst

werden können. In Fall IV käme den kriegerischen Ereignissen die Bedeutung des auslösenden Moments zu.

Aus den angeführten Krankenblattauszügen geht klar hervor, daß die im Kriege beobachteten Epilepsien meistens (hier in allen Fällen) nicht in ursächlichen Zusammenhang mit den kriegerischen Ereignissen zu bringen sind, sondern daß bei den meisten der Kriegsepileptiker die Krankheit schon vor dem Diensteintritt bestanden hat oder wenigstens neuropathische Konstitution vorhanden war, auf die die kriegerischen Ereignisse als auslösendes Moment für die Epilepsie wirkten.

In der Literatur finden wir eine Bestätigung der hier gemachten Beobachtungen. Bonhöffer hat bei 30 von ihm beobachteten Fällen von Kriegsepilepsien zwanzigmal die Krankheit als bereits vor dem Diensteintritt bestehend nachweisen können. In den übrigen 10 Fällen waren die Anfälle erst nach der aktiven Dienstzeit, aber auch vor ihrer Einstellung zum Kriegsdienst aufgetreten. Hier handelte es sich um Spätformen der Epilepsie. In 13 Fällen, bei denen der Krieg die epileptischen Anfälle zum Ausbruch gebracht zu haben schien, fanden sich bei genauerem Zusehen doch pathologische Anticedentien.

Eine Sonderstellung nehmen, wie schon anfangs bemerkt, die traumatischen Epilepsien unter den Kriegsepilepsien ein. Die Bedingungen, welche zur traumatischen Epilepsie führen, sind uns nicht bekannt. Als Ursache für die Entstehung der traumatischen Epilepsie kommen in Frage: Schlag oder Sturz auf den Kopf, Quetschung und schwere Erschütterung des Schädels. Als Folge hiervon kann es zu posttraumatischen Schädigungen des Gehirns kommen, ohne daß das Gehirn selbst oder die äußere Bedeckung, der Schädel, dabei große Verletzungen aufzuweisen braucht. Als solche objektiv nachweisbare, posttraumatische Erscheinungen, die zur Epilepsie führen können, finden wir:

1. an makroskopisch nachweisbaren:

a) die häufig vorkommenden Absprengungen der tabula interna der Schädeldecke, die einen Druck oder eine Verletzung des Gehirns ausüben können,

b) Haematome zwischen Knochen und Dura, die einen Druck auf das Gehirn ausüben,

c) subdurale Haematome, die ebenso wirken,

d) allgemeine Blutung der Hirnrinde durch Platzen kleinster Gefäße, lokaler oder ausgebreiteter Art, und Folgezustände (Narbe, Cyste);

2. in mikroskopisch eventuell gar nicht nachweisbaren:

Blutungen kleinster Art in der Hirnrinde oder bindegewebigen Schwund der Nervensubstanz der Hirnrinde durch traumatische Schädigungen.

Eine Erklärung für die Ursachen der traumatischen Epilepsie dürften uns vielleicht die Schußverletzungen im Krieg geben, wo sich häufig nach Verletzungen der motorischen Regionen oder in der Nähe derselben schwerste Krampfanfälle eingestellt haben, die, von den verletzten Gebieten ausgehend, nur auf diese beschränkt bleiben oder sich auf das ganze morotische Gebiet beiderseits verbreiten.

Prognostisch günstiger zeigen sich nach den Beobachtungen der Kriegschirurgen die Fälle, in denen die Krämpfe bald nach den Verletzungen oder in den ersten Tagen danach auftreten. Mit fortschreitender Heilung sind auch die Krämpfe vielfach dauernd verschwunden. Viel ungünstiger sind diejenigen traumatischen Epilepsien, die sich einige Zeit nach der Schußverletzung im Anschluß an schwere andere Störungen des Zentralnervensystems anschließen. Hier sind auch selten volle Heilerfolge erzielt worden und es scheint, als ob nicht immer grob sichtbare pathologisch-anatomische Veränderungen des Gehirns notwendig sind, um Epilepsie hervorzurufen, sondern daß, ähnlich wie bei der genuinen Epilepsie, feinere, kaum mikroskopisch nachweisbare Veränderungen genügen, die Epilepsie auszulösen.

Die posttraumatischen Epilepsien, die als Folge von Kriegsverletzungen in Erscheinung getreten sind und von denen die Literatur leider eine nicht unbeträchtliche Anzahl zu verzeichnen hat, sind allein als echte Kriegsepilepsien aufzufassen. Bei den übrigen Formen der im Kriege beobachteten Epilepsien kann den kriegerischen Einflüssen höchstens die Rolle des auslösenden Moments zugesprochen werden, da sich bei genauem Erheben der Anamnese in diesen Fällen stets der Nachweis pathologischer Anticedentien erbringen lassen wird.

* * *

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Siemerling für die gütige Überlassung der Fälle sowie die freundliche Unterstützung bei der Anfertigung dieser Arbeit meinen gehorsamsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Binswanger: Die Epilepsie. Wien und Leipzig 1913.
2. Kraepelin: Klinische Psychiatrie III. Bd. II. Teil, 1913.
3. Hoche: Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie.
4. Schüller, A.: Über die militärärztliche Beurteilung der Epilepsie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol u. Psych. 15. Referate, 1918.
5. Graf: Plötzlich einsetzende schwere Epilepsie nach frischer Schußverletzung des Gehirns. Münchn. Med. Wochenschr. 64, 1917.
6. Bonhoeffer: Erscheinungen über Epilepsie und Verwandtes im Feldzuge. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 38, 1915.
7. Boettiger: Zur operativen Behandlung der Epilepsie. Münchn. Med. Wochenschr. 63, 1916.
8. Jolly: Traumatische Epilepsie nach Schädelschuß. Münchn. Med. Wochenschr. 63, 1916.
9. Stier, E.: Zur militärärztlichen Beurteilung nervöser Krankheitszustände, speziell der Epilepsie. Deutsche Med. Wochenschr. 42, 1910.

Lebenslauf.

Ich, Karl Wolter, kath. Konfession, wurde am 10. Mai 1886 zu Niederaussem, Bez. Köln (Rhld.) geboren, besuchte das humanistische Gymnasium zu Bedburg (Rhld.) und bestand Ostern 1908 die Reifeprüfung. Zum Studium der Medizin besuchte ich zunächst die Universitäten Bonn, München und Kiel, wo ich im Sommersemester 1910 die ärztliche Vorprüfung ablegte. Im ersten Semester genügte ich in Bonn meiner Dienstpflicht als Einj.-Freiwilliger. Nach dem Physikum setzte ich mein Studium an den Universitäten Berlin, Freiburg und Gießen fort. In Gießen bestand ich im April 1913 das medizinische Staatsexamen und erhielt im Mai 1914 meine Approbation als Arzt, nachdem ich am städt. Krankenhaus in Düren (Rhld.) ein Jahr als Medizinalpraktikant tätig gewesen war. Im Juni 1914 trat ich als einj.-freiwilliger Arzt bei der Marine ein und machte den Krieg zum Teil an Bord, zum Teil an Land als Truppenarzt mit.